HIP PRATIQUES À HAUT IMPACT DANS LA PLANIFICATION FAMILIALE

Agents de santé communautaires :

Apporter les services de planification familiale là où vit et travaille la population

Agents de santé communautaires

Quelle est la pratique à haut impact en matière de prestation de services de la planification familiale ?

Former, équiper et soutenir les agents de santé communautaires dans la fourniture de méthodes contraceptives diversifiées. Quand ils sont conçus et mis en œuvre correctement, les services de planification familiale communautaires renforcent l'utilisation de méthodes contraceptives, surtout lorsque les besoins insatisfaits sont importants, que l'accès est limité et qu'il existe des obstacles géographiques ou sociaux à l'utilisation de ces services. Les programmes de planification familiale communautaires sont particulièrement importants pour réduire les inégalités en matière d'accès aux services.

Paul Bankerd, avec l'aimable autorisation de Photoshare

…La distribution communautaire est considérée comme la plus importante innovation en matière de planification familiale. – Phillips et al., 1999

Contexte

Dans les communautés où les contraceptifs sont peu utilisés, la population est souvent confrontée à des obstacles sociaux et matériels à l'accès aux services de planification familiale. Les agents de santé communautaires contribuent à faire disparaître ces obstacles en apportant des informations, des services et des fournitures aux femmes et aux hommes dans les communautés dans lesquelles ils vivent et travaillent au lieu de les obliger à se rendre dans des établissements de santé qui peuvent être éloignés ou difficilement accessibles.

Ces agents « assurent une éducation, une orientation et un suivi en matière de santé, une prise en charge ainsi que des soins de prévention de base et des services de visite à domicile dans des communautés déterminées. Ils apportent soutien et assistance aux personnes et aux familles pour qu'elles s'orientent dans les systèmes de santé et de services sociaux » (OIT, 2008). Cette catégorie de prestataires porte également les noms suivants : agents de santé des villages, distributeurs communautaires, aides/auxiliaires de santé communautaires, éducateurs de santé communautaires, etc. Leur niveau d'éducation et de formation, l'étendue de leurs fonctions et leur statut professionnel varient selon les pays et les programmes.

La formation, l'équipement et le soutien des agents de santé communautaires constituent l'une des « pratiques décisives à haut impact dans la planification familiale » (HIP) recensées par un groupe consultatif technique d'experts internationaux. Lorsqu'elles sont déployées à grande échelle et institutionnalisées, les pratiques à haut impact permettent de maximiser les investissements en faveur d'une stratégie complète de planification familiale (USAID, 2011). Pour en savoir plus sur les autres pratiques décisives, voir : http://www.fphighimpactpractices.org/about.

Pourquoi cette pratique est-elle importante ?

Les agents de santé communautaires peuvent répondre au besoin immédiat et croissant de ressources humaines dans le domaine des soins de santé, où ces services sont les plus nécessaires. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006* fait état de 57 pays confrontés à une grave pénurie d'agents de santé. De plus, la plupart du personnel médical très qualifié est concentré dans les zones urbaines les plus riches (OMS, 2006). Les agents de santé communautaires peuvent être formés pour offrir des services de planification familiale de qualité dans les communautés rurales ou mal desservies.

Ils peuvent fournir de façon efficace et sans risque un large éventail de méthodes et sont d'autant plus efficaces lorsqu'ils sont soutenus par des programmes afin de fournir des produits et services directement à la clientèle (par exemple, des contraceptifs). Pour aider les pays à optimiser les performances des agents de santé, l'OMS a rédigé une série complète de recommandations fondées sur les faits destinées à faciliter la répartition des tâches en vue d'interventions décisives efficaces en faveur des mères et des nouveau-nés, notamment la fourniture de contraceptifs (OMS, 2012). Si la plupart des agents de santé communautaires fournissent des préservatifs et des pilules à leur communauté, dans les faits ils sont également très efficaces dans la fourniture ou l'orientation vers d'autres méthodes.

- D'après les données recueillies par des experts sur 16 projets dans neuf pays, la fourniture de contraceptifs injectables par des agents de santé communautaires qualifiés et soutenus par des programmes était sûre, efficace et acceptée par les clientes (OMS et al., 2010).

- Une étude menée en Inde a révélé que des agents de santé communautaires dont le niveau d'alphabétisation était peu élevé pouvaient fournir efficacement la méthode des jours fixes à leurs clientes (Johri et al., 2005). En République démocratique du Congo, au Guatemala et aux Philippines, les agents de santé communautaires fournissent cette méthode et soutiennent ses utilisatrices (Georgetown University, 2011 ; Suchi et Batz, 2006 ; Georgetown University, 2003).

- Selon une étude menée en Inde, les fournisseurs communautaires, même analphabètes, peuvent enseigner la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) (Georgetown University, 2008).

- Au Bangladesh, toutes les catégories de prestataires de soins de santé, même les intervenants des ONG, peuvent fournir efficacement une contraception d'urgence. (EC). Une évaluation de la formation et de la prestation des services a montré que plus de 90 % des agents maîtrisaient les points importants de la contraception d'urgence et donnaient des instructions correctes à leurs clientes (Khan et al., 2004).

- D'après une étude récente du programme des agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie, les agents de santé communautaire jouent un rôle majeur dans l'amélioration de l'accès aux implants au sein des communautés. En outre, les clientes semblent prêtes à accepter qu'ils posent eux-mêmes des implants Implanon (Ministère de la Santé éthiopien, 2012).

Virginie Lamprecht, avec l'aimable autorisation de Photoshare

En Éthiopie, un responsable de la santé du village, qui est aussi l'agent de santé communautaire local, anime une discussion sur la planification familiale. Les agents masculins sont acceptés dans des pays variés et peuvent être particulièrement efficaces pour cibler les hommes.

Les agents de santé communautaires encouragent l'utilisation de méthodes contraceptives par le biais de conseils et d'une orientation vers les services compétents. Il ressort des données de cette étude que même si les agents de santé communautaires ne peuvent fournir qu'un ensemble limité de méthodes contraceptives, ils sont capables d'accroître le recours à d'autres méthodes, y compris aux méthodes à longue durée, grâce à des conseils adaptés et à une orientation vers des services cliniques. L'analyse des données EDS révèle que dans les régions où sont affectés des agents de santé

communautaires, l'utilisation de contraceptifs injectables, d'implants et de dispositifs intra-utérins (stérilets) est nettement supérieure à la moyenne nationale, même si les agents ne fournissent pas directement ces méthodes (Tawye et al., 2005). Un examen récent des stratégies visant à augmenter l'utilisation des stérilets a conclu que les services communautaires de conseil et d'orientation sur la contraception pouvaient multiplier par deux l'utilisation de ce dispositif chez les femmes en âge de procréer (Arrowsmith et al., 2012).

Les agents de santé communautaires permettent de combler les écarts importants en matière de recours à la planification familiale. D'après les données EDS, les femmes ont plus de mal à satisfaire leurs besoins en matière de planification familiale lorsqu'elles sont jeunes, pauvres et moins instruites et qu'elles habitent des zones rurales. Ces inégalités existent dans toutes les régions, à l'exception de l'Asie centrale, et les écarts sont plus marqués et plus fréquents en Afrique subsaharienne. En outre, rares sont les pays d'Afrique subsaharienne qui font état de progrès dans la réduction des inégalités à cet égard (Ortayli et Malarcher, 2010). Les programmes communautaires peuvent être conçus à l'intention de ces groupes mal desservis.

Les agents de santé communautaires peuvent toucher des femmes dont la mobilité est limitée par des normes sociales. En effet, dans certains pays, des pratiques culturelles limitent les déplacements des femmes ou leur aptitude à prendre des décisions autonomes. Dans ce cas, les agents surmontent ces obstacles en apportant des services là où les femmes et leurs familles vivent et travaillent.

Éléments essentiels à la réussite des programmes d'agents de santé communautaires

- Large éventail de services et de produits qui reflètent les préférences des communautés desservies
- Engagement de la communauté, en particulier au stade de la planification stratégique
- Choix des agents de santé communautaires guidé par l'opinion de la communauté
- Rémunération des agents :
  - les agents rémunérés obtiennent de meilleurs résultats que les bénévoles
  - les fonctions des bénévoles (non rémunérés) ne doivent pas être trop exigeantes
  - les programmes entièrement fondés sur le bénévolat fonctionnent mal. Si les agents ne sont pas rémunérés, il faut trouver un autre moyen de motivation.
- Formation des agents de santé communautaires progressive, pratique et fondée sur les compétences
- Supervision des agents à des fins de soutien plutôt que de direction
- Les systèmes de gestion de l'information ont pour priorité de répondre aux besoins d'informations des agents
- Agents associés aux services des établissements de santé

Source : d'après Philips et al., 1999 et OMS, 2007

Facteurs d'échec des programmes

- Idée selon laquelle les programmes d'agents de santé communautaires sont simples et autosuffisants
- Focalisation sur un seul produit ou service empêchant l'élaboration d'un système de services complets
- Absence de consensus politique
- Focalisation sur la pérennité et la rentabilité, qui peuvent être incompatibles compte tenu de l'objectif d'atteindre des communautés pauvres et éloignées
- Incapacité à répondre aux besoins en matière de qualité des soins et à surmonter les obstacles sociaux au recours à la planification familiale
- Responsabilité de motiver et de mobiliser les communautés incombant exclusivement aux agents de santé communautaires

Source : d'après Philips et al., 1999 et OMS, 2007

Quel est son impact ?

Les programmes d'agents de santé communautaires augmentent l'utilisation des contraceptifs là où les services en clinique ne sont pas utilisés par tous les groupes de population. Une étude des programmes communautaires menés en Afrique subsaharienne a constaté que six études expérimentales sur sept faisaient état d'une hausse significative de l'utilisation de contraceptifs (Philips et al., 1999). À Madagascar, les personnes en contact direct avec des agents de santé communautaires étaient dix fois plus susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives modernes que les autres (Stoebenau et Valente, 2003). Au Ghana, une simple infirmière équipée d'une motocyclette, qui avait été réaffectée à l'établissement de santé d'un village, a obtenu de meilleurs résultats que l'établissement de santé du sous-district. Elle a multiplié par huit le nombre de rendez-vous pour des services de santé dans les zones étudiées et amélioré la couverture de la vaccination et de la planification familiale (Nyonator et al., 2003).

Les programmes d'agents de santé communautaires réduisent les besoins insatisfaits dans les pays où la population rurale est importante. Dans les pays où ces programmes sont actifs et où les agents fournissent une grande partie des méthodes modernes aux membres de leur communauté, comme au Bangladesh et en Indonésie, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans les zones rurales sont peu importants (Prata et al., 2005).

Les agents de santé communautaires atteignent des groupes de population mal desservis. Une étude de l'utilisation des contraceptifs injectables dans les programmes communautaires a constaté qu'au Guatemala, les clientes indigènes étaient plus nombreuses chez les agents de santé communautaires (83 %) qu'en clinique (17 %). En Ouganda et en Éthiopie, les clientes des agents de santé communautaires sont plus souvent célibataires (16 % et 12 % respectivement) que les clientes des cliniques (9 % et 8 % respectivement), et en Ouganda, il est plus rare que leur mari les soutienne (41 % contre 52 %, respectivement) (Malarcher et al., 2011 ; Prata et al., 2011).

Les programmes communautaires coordonnés avec un système de santé opérationnel atténuent la fertilité. Au Ghana, dans les communautés où les agents de santé communautaires travaillent conjointement avec des bénévoles, le taux global de fécondité a diminué d'une naissance en trois ans (Phillips et al., 2006). Au Bangladesh, le programme Matlab a permis une réduction de 25 % de la fertilité en huit ans chez les femmes qui rencontraient toutes les deux semaines un agent de santé communautaire qualifié. Le programme a également contribué à une réduction statistique importante du taux de mortalité maternelle dans le groupe visé par l'intervention au cours de la même période (Koenig et al., 1988).

Les programmes qui associent agents de santé communautaires et prestations de services en clinique sont économiques. Le coût et la rentabilité des programmes d'agents de santé communautaires varient souvent selon le contexte du programme, la rémunération des agents, l'état d'avancement du programme, les stratégies de formation et de supervision employées et le nombre de clients desservis (FRONTIERS et al., 2002). D'après une étude des programmes de planification familiale dans dix pays en développement, les programmes qui associent des agents communautaires aux services en clinique sont plus économiques que les programmes reposant uniquement sur des services en clinique ou sur des agents bénévoles (tableau 1).

Tableau 1. Coût par couples-années de protection* et par méthode de prestation de services**

Mode de prestation de services	Coût moyen par couples-années de protection (compris entre)
Clinique + agents de santé communautaires	9 dollars (1 - 17)
Clinique	13 dollars (1 - 30)
Agents de santé communautaires	14 dollars (5 - 19)

Source : d'après Prata, 2004 ; données extraites de Huber et Harvey, 1989

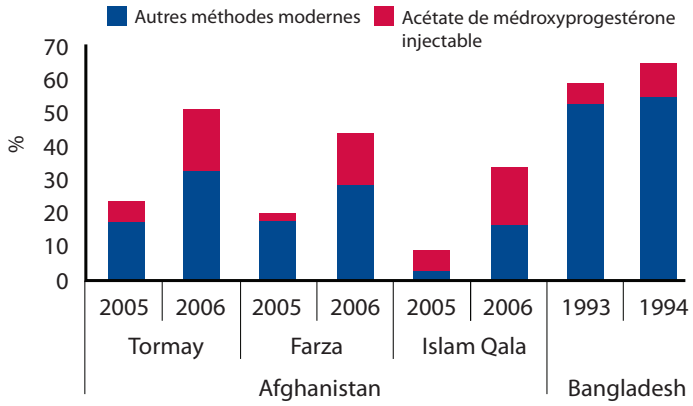
* Le couple-année de protection est une estimation de la protection contraceptive assurée par les méthodes contraceptives sur une période d'un an.

** L'analyse d'origine se fondait sur la distribution communautaire. Par souci de cohérence, les références à cette méthode ont été remplacées par « agents de santé communautaires ».

Mode d'emploi : conseils pratiques tirés des expériences de mise en œuvre

- **Diversifiez les méthodes fournies au niveau communautaire pour promouvoir l'utilisation généralisée de contraceptifs et augmenter le nombre de nouveaux utilisateurs des deux sexes.** Les agents de santé communautaires sont d'autant plus efficaces lorsqu'ils sont soutenus par des programmes afin de fournir des produits et services directement à la clientèle. En Inde, où la méthode des jours fixes a été introduite dans les programmes de santé ruraux, la prévalence de la contraception est passée de 24 % à 41 %, avec 7 % des femmes utilisant la méthode des jours fixes, sur une période de quatre ans (Lundgren et al., 2005). De même, les données de quatre programmes ayant inscrit la distribution communautaire de contraceptifs injectables dans des programmes existants font état d'une augmentation de l'adoption de cette méthode contraceptive, parmi d'autres méthodes modernes (figure 1).

Figure 1. Pourcentage de femmes utilisant des méthodes contraceptives avant et après la mise en place d'un système de distribution communautaire de contraceptifs injectables dans certains programmes



Source : Malarcher et al., 2011

- **Recrutez les agents de santé communautaires dans les communautés bénéficiaires.** Au Pérou, les agents qui réussissent le mieux ont en général des points communs (langue, culture, éducation, religion, milieu social ou sexe) avec les populations ciblées. Lorsqu'ils sont très différents de la population qu'ils desservent, ils ont tendance à obtenir de moins bons résultats (Foreit et al., 1992 ; Best, 1999). Deux études de Cochrane et un examen systématique des programmes d'agents de santé communautaires confirment cette recommandation (Lewin et al., 2005 ; Lewin et al., 2010 ; Bhutta et al., 2010).

- **Faites participer les communautés bénéficiaires au suivi et à l'appui des agents de santé communautaires.** À Madagascar, où le programme national en la matière obtient de bons résultats, les agents sont supervisés par le comité de santé communautaire.

- **Associez les agents de santé communautaires au système de santé au moyen de structures d'orientation et de supervision clairement définies.** En Éthiopie, où le recours à la contraception a augmenté de 15 % à 29 % entre 2005 et 2011 depuis la mise en place du programme des agents de vulgarisation sanitaire, les agents de santé communautaires sont régulièrement encadrés par des superviseurs rattachés à des établissements de santé. À Madagascar, les agents de santé communautaires présentent tous les mois un compte rendu au responsable des services de l'établissement de santé et reçoivent une supervision de soutien.

- **Envisagez le recrutement d'agents de santé communautaires masculins.** Il ressort d'une analyse des programmes communautaires que les hommes sont plus susceptibles d'améliorer la distribution des préservatifs masculins, qui protègent à la fois contre les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles. Les agents masculins sont acceptés dans des pays aussi différents que le Kenya, le Pakistan et le Pérou. Les données révèlent que les agents de santé communautaires masculins distribuent plus de préservatifs que leurs homologues féminins. Ils semblent également desservir davantage les hommes. Dans des études contrôlées, les contraceptifs distribués par des agents masculins représentaient un nombre de couples-années de protection supérieur ou égal aux contraceptifs distribués par des femmes (Green et al., 2002).

- **Soyez dynamiques et adaptez-vous à l'évolution des besoins.** Les programmes communautaires sont plus efficaces quand ils s'adaptent à l'évolution des besoins des communautés qu'ils desservent. D'après une étude de la clinique Profamilia en Colombie, une fois que les agents de santé communautaires ont amélioré les connaissances et l'utilisation des contraceptifs au sein de la communauté (de 55 % à 65 % chez les femmes non célibataires), les programmes de marketing social se sont révélés plus rentables et tout aussi efficaces que ceux des agents de santé communautaires (Vernon et al., 1988). De même, au Bangladesh, après un programme de fourniture de planification familiale de porte-à-porte qui a permis d'accroître sensiblement les connaissances sur les méthodes contraceptives et de renforcer leur utilisation (taux

de prévalence de la contraception de 55 %), les bons résultats se sont maintenus grâce à une approche moins intensive et plus rentable fondée sur un dépôt centralisé (Routh et al., 2001). Cependant, certaines régions du pays ont encore besoin d'une fourniture de porte-à-porte en raison des normes culturelles et sociales qui continuent d'entraver la liberté de mouvement des femmes et qui les empêchent d'utiliser régulièrement des méthodes contraceptives.

- **Focalisez l'attention et les financements sur l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des agents de santé communautaires.** Divers éléments doivent être pris en considération lors de la conception d'une chaîne d'approvisionnement efficace pour les programmes communautaires, notamment la capacité de l'organisation, le niveau d'alphabétisation des agents de santé communautaires, les moyens de suivre les formulaires des systèmes de gestion logistique ou les moyens de suivre et de compiler les données (Hasselberg, et al., 2010).

Considérations relatives au déploiement à grande échelle

Pour étendre et institutionnaliser les pratiques décisives, des réformes pourront être entreprises dans les domaines suivants :

- financement
- politiques et directives, notamment pour la délégation des tâches
- systèmes d'information sur la santé
- besoins en logistique et en approvisionnement
- sensibilisation de la communauté
- communication sur la santé
- supervision
- formation

OUTILS

The Community-Based Family Planning Toolkit, boîte à outils centralisant les connaissances et les enseignements tirés des programmes de planification familiale communautaire. Disponible à l'adresse suivante : www.k4health.org/toolkits/communitybasedfp

Supply Chain Models and Considerations for Community-based Distribution Programs: A Program Manager's Guide, présente quatre modèles de chaîne d'approvisionnement des programmes communautaires, avec des conseils et des recommandations tirées de l'expérience concernant les fonctions de la chaîne d'approvisionnement (notamment les systèmes d'information de gestion logistique, les systèmes de contrôle des stocks, le stockage, la distribution et le renforcement des capacités), qu'il est possible d'adapter et d'appliquer à des contextes nationaux variés. Disponible à l'adresse suivante : www.k4health.org/toolkits/communitybasedfp/supply-chain-models-and-considerations-community-based-distribution-progra

The Community-Based Access to Injectable Contraceptives (CBA2I) Toolkit contient des recommandations générales et une série de supports propres à chaque pays pour influencer le plaidoyer, la mise en œuvre et l'amélioration de l'accès des communautés à des contraceptifs injectables. Disponible à l'adresse suivante : www.k4health.org/toolkits/cba2i

Community Health Worker Toolkit for SDM, ensemble de ressources pour la formation des agents de santé communautaires à la méthode des jours fixes et à l'utilisation des bracelets CycleBeads® selon des approches pédagogiques pratiques et interactives destinées aux agents peu alphabétisés. Disponible à l'adresse suivante : www.irh.org/sites/default/fiiles/CHW_ToolKit_ENG_0.pdf

Pour en savoir plus sur les pratiques à haut impact dans la planification familiale (HIP), contacter l'équipe dédiée d'USAID, à l'adresse fphip@k4health.org.

Bibliographie

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale, Washington, USAID, 22 avril 2011, 2 pages. Disponible à l'adresse suivante : http://www.fphighimpactpractices.org/resources/pratiques-%C3%A0-haut-impact-dans-la-planification-familiale

Arrowsmith M., Aicken C., Majeed A., Saxeen S., Interventions for increasing uptake of copper intrauterine devices: systematic review and meta-analysis, Contraception, 2012, sous presse.

Best K., Four CBD Programs. Network 1999 Spring, vol. 19, n° 3. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v19_3/four_cbd_programs.htm.

Bhoutan Z. A., Lassi Z. S., Paris G., Huicho L., Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems, Genève : Organisation mondiale de la Santé, Alliance mondiale pour les personnels de santé, 2010, 390 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.who.int/entity/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf

Foreit J. R., Garate M. R., Brazzoduro A., Guillen F., Herrera M. C., Suarez F. C., A comparison of the performance of male and female CBD distributors in Peru, Studies in Family Planning, jan.-fév. 1992, vol. 23, n° 1, p. 58-62.

FRONTIERS, Family Health International, Advance Africa, Best practices in CBD programs in sub-Saharan Africa: lessons learned from research and evaluation. Washington, déc. 2002, 14 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/CBD_seminar.pdf

Green C. P., Joyce S., Foreit J. R., Using men as community- based distributors of condoms, Washington : Population Council, Frontiers in Reproductive Health, janv. 2002, note de programme n° 2, 12 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/pbriefs/male_CBDs_brf.pdf

Georgetown University, Institut de la Santé Reproductive (IRH), A powerful framework for women: introducing the Standard Days Method® to Muslim couples in Kinshasa, Washington : Georgetown University, IRH, janv. 2011, 14 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.irh.org/sites/default/files/FAM%20Project%20Report_Mamans%20An'Sar%20DRC_FINAL.pdf

Georgetown University, Institut de la Santé Reproductive (IRH), Lactational Amenorrhea Method (LAM) projects in India, Washington : Georgetown University, IRH, fév. 2008, 90 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACL615.pdf

Georgetown University, Institut de la Santé Reproductive (IRH), Introducing the Standard Days Method of family planning into Kaanib: testing counseling strategies, 2003, (rapport non publié), 147 pages.

Hasselberg E., Byington J., Supply chain models and considerations for community-based distribution programs: a program manager's guide, Arlington (VA) : John Snow, Inc., pour la Coalition pour les produits de santé de la reproduction, août 2010, 68 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.jsi.com/JSIInternet/Resources/Publications/DownloadDocument.cfm?DBLDOCID=11132&DBLLANGID=3&DOC=Final%20Supply%20Chain%20Models%20andConsiderations%20for%20CBD%20Programs%20Oct%205%202010%2Epdf

Huber S. C., Harvey P. D., Family planning programmes in ten developing countries: cost effectiveness by mode of service delivery, Journal of Biosocial Science, juil. 1989, vol. 21, n° 3, p. 267–277.

Johri L., Panwar D. S., Lundgren R., Introduction of the Standard Days Method in CARE-India's community-based reproductive health programs, Washington : Georgetown University, Institut de la Santé Reproductive, oct. 2005, 65 pages. Disponible à l'adresse suivante : http://www.irh.org/sites/default/files/Intro%20to%20SDM_CARE_Community%20Based%20Programs.pdf

Khan M. E., Hossain S. M., Rahman M., Introduction of emergency contraception in Bangladesh: using operations research for policy decisions, Washington : Population Council, déc. 2004, 53 pages. Disponible à l'adresse suivante : http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Bang_EC.pdf

Koenig M. A., Fauveau V., Chowdhury A., Chakraborty J., Khan M. A., Maternal mortality in Matlab, Bangladesh: 1976-85, Studies in Family Planning, mars-avr. 1988, vol. 19, n° 2, p. 69-80.

Lewin S., Dick J., Pond P., Zwarenstein M., Aja G., van Wyk B., Bosch-Capblanch X., Patrick M., Lay health workers in primary and community health care, The Cochrane Database of Systematic Reviews, 25 janv. 2005, n° 1 : CD004015.

Lewin S., Munabi-Babigumira S., Glenton C., Daniels K., Bosch-Capblanch X., van Wyk B., Odgaard-Jensen J., Johansen M., Aja G. N., Zwarenstein M., Scheel I. B., Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 17 mars 2010, n° 3 : CD004015.

Malarcher S., Meirik O., Lebetkin E., Shah I., Spieler J., Stanback J., Provision of DMPA by community health workers: what the evidence shows, Contraception, juin 2011, vol. 83, n° 6, p. 495-503.

Ministère de la Santé, République fédérale démocratique d'Éthiopie (MS Éthiopie). Implanon and other family planning methods uptake in a sample of focus Woredas (juin 2009–déc. 2010), rapport d'ÉTAPE, Washington, 2012.

Nyonator F. K., Awoonor-Williams J.K., Phillips J.F., Jones T.C., Miller R.A., The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative: fostering evidence-based organizational change and development in a resource-constrained setting, New York : Population Council, 2003. Document de travail n° 180, 28 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/180.pdf

Organisation internationale du Travail (OIT), Classification internationale type de professions, édition 2008, Genève, OIT, 2008, 583 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais) : http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/gdstruct08.doc

Organisation mondiale de la Santé, Agence des États-Unis pour le développement international, Family Health International (FHI), Conclusion d'une consultation technique : les agents de santé communautaires peuvent administrer des contraceptifs injectables en toute sécurité et efficacité, Research Triangle Park (NC), FHI, 2010, 4 pages. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_CBD_brief_fre.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Community health workers: what do we know about them? Genève, OMS, janv. 2007, 10 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.who.int/healthsystems/round9_7.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale, OMS, 2012, sous presse.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Travailler ensemble pour la santé – rapport sur la santé dans le monde 2006 Genève : OMS, 2006, 237 pages. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html

Ortayli N. et Malarcher S., Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs, Studies in Family Planning, juin 2010, vol. 41, n° 2, p. 101-108.

Phillips J. F., Greene W. L., Jackson E. F., Lessons from community-based distribution of family planning in Africa, New York : Population Council, 1999, Document de travail n° 121, 105 pages. Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/121.pdf

Phillips J. F., Bawah A. A., Binka F.N., Accelerating reproductive and child health programme impact with community-based services: the Navrongo experiment in Ghana, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, déc. 2006, vol. 84, n° 12, p. 949-955.

Prata N., Gessesew A., Cartwright A., Fraser A., Fourniture de contraceptifs injectables en Éthiopie par le biais des agents communautaires de santé reproductive, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2011, vol. 89, p. 556–564. Disponible à l'adresse suivante (résumé en français) : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150764/pdf/BLT.11.086710.pdf

Prata N., Vahidnia F., Potts M., Dries-Daffner I., Revisiting community-based distribution programs: are they still needed? Contraception, déc. 2005, vol. 72, n° 6, p. 402-407.

Routh S., Ashraf A., Stoeckel J., Khuda B., Consequences of the shift from domiciliary distribution to site-based family planning services in Bangladesh, Perspectives internationales sur le Planning Familial, juin 2001, vol. 27, n° 2, p. 82-89. Disponible à l'adresse suivante (résumé en français) : http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2708201.html

Stoebenau K., Valente T. W., Using network analysis to understand community-based programs: a case study from highland Madagascar, Perspectives internationales sur le Planning Familial, déc. 2003, vol. 29, n° 4, p. 167–173.

Suchi T., Batz B., Strengthening services and increasing access to the Standard Days Method in the Guatemala Highlands, Washington, Georgetown University, Institut de la Santé Reproductive, janv. 2006, rapport final (comprend une étude de cas), 61 pages. Disponible à l'adresse suivante (en espagnol) : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACH685.pdf

Tawye Y., Jotie F., Shigu T., Ngom P., Maggwa N., The potential impact of community-based distribution programmes on contraceptive uptake in resource-poor settings: evidence from Ethiopia, African Journal of Reproductive Health, déc. 2005, vol. 9, n° 3, p. 15-26.

Vernon R., Ojeda R., Townsend M. C., Contraceptive social marketing and community-based distribution-systems in Colombia, Studies in Family Planning, nov.-déc. 1988, vol. 19 n° 6 Pt 1, p. 354–360.

Référence suggérée :

Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale (HIP). Agents de santé communautaires : apporter les services de planification familiale là où vit et travaille la population, Washington : USAID, oct. 2012. Disponible à l'adresse suivante : www.fphighimpactpractices.org/resources

Remerciements : La première version de ce document a été rédigée par Julie Solo et Shawn Malarcher. Nous tenons à remercier Hashina Begum, Jeanette Cachan, Brenda Doe, Bill Finger, Sarah Harbison, Susan Igras, Roy Jacobstein, Victoria Jennings, Eugene Kongnyuy, Kirsten Krueger, Rebecka Lundgren, Morrisa Malkin, Cat McKaig, Erin Mielke, Nuriye Ortayli, Leslie Patykewich, Matthew Phelps, Juncal Plazaola-Castano, Ruwaida Salem, Adriane Salinas, Valerie Scott, Jeff Spieler, Patricia Stephenson et Tara Vecchione pour leur analyse critique et leurs commentaires très utiles.

Cet aide-mémoire HIP a été approuvé par : Abt Associates, l'Agence des États-Unis pour le développement international, la Fédération internationale pour la planification familiale, FHI 360, le Fonds des Nations Unies pour la population, Futures Group, l'Institut de la Santé Reproductive de Georgetown University, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Pathfinder International, Population Council, Population Services International et University Research Co., LLC.

HIP PRATIQUES À HAUT IMPACT DANS LA PLANIFICATION FAMILIALE